38

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 38

A propos de l'Indication Thérapeutique

dans les

Grandes Hémorragies Gastro-Duodénales

d'après l'étude d'une série de vingt observations

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 17 MAI 1955

par

FOUQUE Roger

Né le 28 Mai 1924, à Martigues

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. PIERI, *Président*
PICARD
RECORDIER
MONGES H.
CLEMENT R.

Imprimerie F. BOJARDI
1, Rue Louis-Grobet
MARSEILLE

1955

A propos de l'Indication Thérapeutique

dans les

Grandes Hémorragies Gastro-Duodénales

d'après l'étude d'une série de vingt observations

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

A propos de l'Indication Thérapeutique dans les Grandes Hémorragies Gastro-Duodénales

d'après l'étude d'une série de vingt observations

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 17 MAI 1955

par

FOUQUE Roger

Né le 28 Mai 1924, à Martigues

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MM. PIERI, *Président*
PICARD
RECORDIER
MONGES H.
CLEMENT R.

Imprimerie F. BOJARDI
1, Rue Louis-Grobet
MARSEILLE

1955

PERSONNEL ENSEIGNANT

Doyen : G. MORIN — **Assesseur :** J. DELPHAUT

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, OLMER, RIMATTEI, ROCHE, ROGER.

Chargé de cours honoraire : M. TIAN

Secrétaire Principal : J. COMTE — **Bibliothécaire :** Mlle PERRIN

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie Médicale	DERRIEN
Chimie Analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie expérimentale	DE VERNEJOUL
Clinique Dermato-syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies du Système Nerveux	POURSINES
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER J.
Clinique des Maladies des Voies digestives et de la Nutrition	N...
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obstétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine Préventive	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	CARCASSONNE
Pathologie interne	AUDIER
Pharmacologie	MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans chaire	ROUX

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. BOURRET
DONNET
GREBUS
MERCIER Jacques
MOURGUE
LISSITSKY

AGREGES EN EXERCICE

MM. APPAIX
BERNARD
CREMIEUX
GRANJON
HENRY
LAMY
LAVAL
LENA
MARONNEAUD
MONGES H.
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT
VAGUE

AGREGES LIBRES

MM. BERTHIER
DOR
FIGARELLA
IMBERT
RECORDIER

Chargés des fonctions de Maitres de Conférences

Anatomie Pathologique ..... M. PAYAN
Botanique et Cryptogamie ..... M. BERNARD P.
Histologie ..... M. STAHL

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique Urologique ..... M. CHAUVIN

A MA MÈRE,

A MON PÈRE,

A TOUS LES MIENS,

A TOUS MES AMIS,

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ.

Introduction

Une grande hémorragie gastro-duodénale qui survient brusquement chez un sujet, en apparence du moins en pleine santé, réalise un syndrome immédiatement grave. L'abondance ou la répétition de l'hématémèse, l'importance du choc hémorragique nécessitent l'urgence du traitement et son choix paraît délicat. La difficulté de l'indication thérapeutique repose sur deux points essentiels : la carence du diagnostic étiologique d'une part, l'incertitude du pronostic de l'autre.

Si, dans quelques cas, la cause de l'hémorragie semble évidente, le plus souvent malgré un interrogatoire minutieux, un examen clinique soigneux, l'étiologie demeure obscure : imprécise ou inconnue. Les investigations paracliniques, et en particulier la radiographie d'urgence, s'avèrent alors d'une grande utilité pour préciser le diagnostic causal. Mais en dépit d'examens approfondis, de leur répétition lorsque l'état du malade le permet, dans un certain nombre de cas, l'hémorragie ne fait pas sa preuve.

L'incertitude du pronostic ajoute encore à l'hésitation thérapeutique. L'importance de l'hémorragie n'est pas facilement appréciable à sa juste valeur et son évolution très difficile à prévoir. Il faudrait pouvoir tenir compte non seulement de la perte de sang par rapport à la masse sanguine, mais encore de la tolérance propre du malade à cette saignée.

En général, de diagnostic difficile, de pronostic incertain, ces hémorragies posent, en pratique, un problème embarrassant. Elles réclament pourtant une thérapeutique qui permette de passer le cap dangereux de l'anémie aiguë dans les meilleures conditions possibles d'hémostase.

Nous basant sur l'étude d'une série de vingt observations, nous nous attacherons dans notre travail à dégager les meilleurs éléments cliniques et para-cliniques capables de nous renseigner sur la cause, l'importance et l'évolution de l'hémorragie. Nous exposerons la conduite qui a été suivie en présence de ces cas et nous montrerons les résultats obtenus. Nous adopterons le plan suivant :

— Après avoir souligné, en matière d'avant-propos, les difficultés de l'indication thérapeutique dans les grandes hémorragies gastro-duodénales ;

— Nous préciserons dans un rappel étio-pathogénique quelles sont les principales causes de ces hémorragies ;

— Nous comparerons la valeur des différents éléments cliniques et para-cliniques du diagnostic causal ;

— Nous envisagerons la conduite à tenir : dans les cas où le diagnostic est connu, dans les cas où le diagnostic demeure incertain ;

— Nous relaterons les observations, mentionnerons le traitement appliqué à ces malades et les résultats obtenus.

— Nous en tirerons les conclusions quant à la ligne de conduite générale qui doit être préconisée en présence de telles hémorragies.

Rappel Etio-Pathogénique

Recherches expérimentales, explorations radiologiques et endoscopiques, études biologiques et biopsiques, constatations chirurgicales ont contribué à montrer la diversité des lésions, la complexité pathogénique et la multiplicité des causes de ce syndrome hémorragique.

Toute affection locale compromettant plus ou moins l'intégrité anatomique et physiologique de la muqueuse peut être génératrice d'une grande hémorragie gastro-duodénale. La lésion hémorragique apparaît non seulement sous la forme d'une plaie vasculaire, rupture d'une artériole de la sous-muqueuse ou d'une artère de la sous-séreuse de calibre déjà plus gros, mais encore sous la forme d'une transudation sanguine à travers les capillaires muqueux d'une zone congestionnée par une vaso-dilatation intense. Ainsi se comprend mieux le caractère particulièrement hémorragipare de certaines lésions pourtant peu térébrantes, telles une érosion ou une ulcération superficielle ou encore une tumeur bénigne non ulcérée Les affections gastro-duodénales incriminées sont, par ordre de fréquence : l'ulcère, les gastro-duodénites, le cancer, les tumeurs bénignes, la hernie diaphragmatique. Il est assez difficile d'apprécier leur fréquence, les chiffres étant variables suivant que les statistiques émanent d'auteurs étrangers ou français, de chirurgiens ou de médecins. La première place revient incontestablement à l'ulcère avec un pourcentage de 30 à 90 % des cas de grande hémorragie digestive ; les gastro-duodénites ne représentent que 5 à 9 % des cas ; le cancer, 2 à 3 %, les tumeurs

bénignes, environ 1 % et la hernie diaphragmatique, à peine 0,5 %.

Toutes les variétés d'ulcère peuvent être la source d'hématémèses graves. L'ulcère peptique et l'ulcère calleux sont angio-térébrants et saignent habituellement par plaie vasculaire dont l'hémostase semble difficile. Elle est cependant possible, « un certain degré d'hypotension conditionnant la stabilité du caillot et l'artérite oblitérante faisant le reste » (Dubost). Plusieurs constatations chirurgicales plaident en faveur de cette opinion : Figarella ne trouve, sur 35 interventions pour ulcère calleux, que trois fois un vaisseau saignant en jet ; Hener, sur 31 cas, a toujours trouvé un caillot suffisant pour arrêter l'hémorragie ; Costello, sur une soixantaine de pièces opératoires, retrouve le thrombus bouchant l'orifice. L'ulcère récent et l'exculceratio simplex de Dieulafoy saignent plutôt par un processus local de transudation sanguine de la muqueuse et « l'hémorragie, abondante parfois, pourra se tarir spontanément ou sous l'influence d'un traitement simple » (Harvier). Le siège de l'ulcère aurait aussi une influence sur son pouvoir hémorragique, mais les avis sont assez divergents sur ce point : pour les uns, l'ulcère gastrique serait le plus souvent en cause, alors que, pour les autres, ce serait au contraire l'ulcère duodénal. Parmi les observations que nous avons groupées dans un même chapitre, sur 16 cas d'ulcère diagnostiqués avec certitude ou reconnus à une intervention ultérieure, 8 étaient duodénaux et, à part un ulcère peptique, les 7 autres se répartissaient de la façon suivante : 6 ulcères pyloriques pour un de la petite courbure.

Les gastro-duodénites hémorragiques sont parfois érosives, mais les ulcérations trop superficielles qu'elles réalisent par endroit sur la muqueuse sont impuissantes à créer une véritable plaie vasculaire. Elles sont le plus souvent congestives, montrant une muqueuse hypertrophiée, turgescente et succulente dans son ensemble, sur laquelle des « orages vaso-moteurs » provoquent, avec une relative facilité, des gastrorragies abondantes (Reilly, Frumusan, Cain). Si leur substratum anatomique a pu être mis en évi-

dence grâce à l'examen gastrocospique, voire à la suite de laparotomie complétée par une gastrotomie, leur nature demeure imprécise : exceptionnellement infectieuse ou toxique, peut-être allergique ou avitaminosique, ou encore liée à un trouble digestif à distance (cholécystite, appendicite chronique, péri-viscérites). Ces gastrites sont en fait bien souvent cliniquement primitives et seules responsables de l'hémorragie.

Le cancer ulcéré de l'estomac réalise généralement des hémorragies occultes, mais l'ulcération, érodant une artère importante de la paroi gastrique ou ouvrant un néo-vaisseau de la masse tumorale, provoque parfois une hématèmèse foudroyante. La gravité de l'hémorragie est encore due à l'absence de parois propres du néo-vaisseau qui saigne, au niveau duquel aucune vaso-constriction possible ne favorise l'hémostase.

Les tumeurs bénignes quelquefois ulcérées peuvent saigner de ce fait : c'est le cas plus particulier des schwannomes. Les polyadénomes peuvent encore saigner par rupture de leur pédicule. Mais l'hémorragie résulte plus communément d'une poussée congestive locale de la muqueuse avec « orages vaso-moteurs ».

La gastrite érosive du collet herniaire suffit à expliquer une hématémèse grave par hernie diaphragmatique de l'estomac. Mais un ulcère, voire un cancer, comme en fait état une observation publiée par le Professeur J. Monges, peuvent encore s'associer à la hernie. Cette cause d'hémorragie digestive est d'ailleurs « l'apanage presque exclusif des vieillards » (Dubarry et Pène).

En dehors de toute cause locale ayant une action directe sur la paroi digestive, la muqueuse peut saigner abondamment. L'hémorragie est alors la conséquence de modifications vasculaires, qu'il s'agisse de varices œsophago-gastriques sous la dépendance d'une hypertension portale avec splénomégalie de stase, ou d'une fragilité vasculaire associée à une chute du taux de prothrombine en rapport avec une insuffisance hépatique, ou encore

d'une congestion active de l'ensemble de la muqueuse sous l'effet de troubles vaso-moteurs réflexes, « la rate étant l'épine irritative » (Maison). L'origine hépato-splénique de ces hémorragies digestives est d'une fréquence non négligeable : de l'ordre de 8 % (Costello) à 17 % (Welch).

Toutes les affections hépato-biliaires sont capables d'hématémèses impressionnantes : cirrhoses et cancer du foie, ictère grave et ictère mécanique, cholécystites, lithiasique ou non. Ce sont les cirrhoses qui restent le plus fréquemment en cause. Les facteurs s'intriquent plus ou moins dans le déterminisme de l'hémorragie : insuffisance hépatique entraînant une fragilité vasculaire et une hypothrombinémie, splénomégalie s'associant à un certain degré d'hypertension portale.

Les affections spléno-portales pouvant déterminer une grande hémorragie gastro-duodénale sont aussi de nature diverse. En dehors d'une cirrhose avérée, tout obstacle à la circulation porte, extrinsèque ou intrinsèque, inflammatoire ou néoplasique, peut engendrer une hypertension portale, la lésion la plus classique étant une pyléthrombose. Les splénomégalies peuvent être isolées avec lésions spécifiques (tuberculose, syphilis, bilharziose) ou lésions hyperplasiques diffuses (fibro-adénie, sclérose hypertrophique pulpaire). Elles s'avèrent encore cirrhogènes évoluant soit vers la cirrhose de Laennec, soit vers la cirrhose hypertrophique de Hanot et Gilbert. Elles sont encore parfois atypiques, sans lésions histologiques visibles, ni troubles de la crase sanguine, telles ces rates au cours « d'hématémèses dites essentielles » (Chabrol). La rate des états cirrhotiques, la rate de stase des hypertensions portales, la rate d'hémopathies diverses qui ne sont qu'un élément d'un tableau anatomo-clinique complexe mises à part, il s'agit le plus souvent d'un syndrome de Banti dont un des caractères les plus constants est, à sa phase initiale, d'associer splénomégalie et hémorragies digestives récidivantes.

Les nombreux travaux dont a bénéficié ce syndrome, permettant de mieux comprendre sa pathogénie, ont

contribué à une meilleure connaissance de son étiologie. En dépit d'investigations toujours plus poussées, certaines de ces hémorragies demeurent pourtant cryptogénétiques. Leur fréquence varie, suivant les statistiques, de 2 à 30 % des cas.

Etude comparative de la valeur des différents éléments cliniques et para-cliniques du diagnostic causal

Connaissant ses causes essentielles, dans quelle mesure est-il possible, en présence d'une grande hémorragie gastro-duodénale, d'en poser le diagnostic ? Si les signes communs à ce syndrome, abondance ou répétition de l'hématémèse, anémie plus ou moins intense, chute plus ou moins importante de la tension artérielle, état de choc plus ou moins impressionnant, melæna plus ou moins précoce, n'apportent aucune donnée étiologique ; par contre, les antécédents et l'examen somatique du sujet d'une part, les examens para-cliniques d'autre part, peuvent fournir des éléments utiles au diagnostic causal. Nous envisagerons et comparerons les résultats habituels de ces divers moyens d'exploration.

La clinique est-elle capable d'apporter une présomption étiologique suffisante ?

Les antécédents révèlent parfois des crises douloureuses post-prandiales faisant alors penser à la possibilité d'un ulcère, ou, autre éventualité, soulignent l'existence d'autres hémorragies (épistaxis, gingivorragies, petites hémoptisies) ou la récidive de l'hématémèse indiquant la probabilité d'une origine splénique. C'est encore la notion

d'éthylisme ou celle de crises de coliques hépatiques qui sont plutôt en faveur d'une étiologie hépato-biliaire. Mais, bien souvent, l'interrogatoire reste vain ou ne signale que quelques troubles digestifs trop imprécis pour être retenus. Plus encore lorsque ces troubles sont typiques ou que le malade a connaissance de l'ulcère qu'il a soigné, cette cause ne peut être admise avec certitude que si l'accident hémorragique correspond à une poussée ulcéreuse ou, mieux, si l'affection a fait sa preuve radiologique (Dubost). L'anamnèse n'a donc qu'une faible valeur indicative, permettant tout au plus de restreindre le champ des investigations et d'orienter les recherches.

L'examen somatique peut découvrir une splénomégalie, reconnaître une ébauche de circulation collatérale, un certain degré d'ascite ou d'hépatomégalie. Il est déjà moins significatif lorsqu'il ne met en évidence qu'une sensibilité de la région épigastrique ou sous-costale droite. En fait, il n'objective, le plus souvent, aucun signe ; ce résultat négatif permettant d'éliminer une origine hépatique ou splénique. Mais exceptionnellement il est vrai, l'hémorragie digestive peut révéler le stade initial d'une cirrhose (Chabrol) ou être le premier signe d'une affection splénique, malgré une rate non palpable (Lamy). En regard de son importance dans la pratique médicale courante, la valeur de l'examen clinique, en présence d'un syndrome aussi grave, est donc toute relative, variable suivant les cas. Il laisse trop souvent, malgré tout le soin qu'on lui apporte, persister le doute.

La pauvreté de l'interrrogatoire, la rareté ou l'absence de signes positifs à l'examen expliquent l'insuffisance de la clinique en matière de diagnostic causal dans les grandes hémorragies digestives et entraînent l'utilisation d'examens complémentaires.

Les examens para-cliniques utilisés dans le but de résoudre le problème étiologique de ces hémorragies sont, soit d'ordre radiologique ou endoscopique, soit d'ordre biologique ou encore biopsique.

La radiologie, en pleine hématémèse ou dans les heures qui suivent, est digne d'un intérêt tout particulier malgré les sévères critiques dont elle a été l'objet. On lui a reproché non seulement d'être dangereuse, mais encore inutile. Son danger semble, *a priori,* très grand chez des malades fragiles, ayant déjà saigné abondamment et pouvant continuer à saigner. Le Professeur Delannoy, qui préconise et pratique cette méthode d'exploration, affirme que les risques sont réduits au minimum par une technique convenable et rigoureuse : examen fait en équipe (radiologue, chirurgien, réanimateur), après transfusion si nécessaire, sujet immobile en décubitus dorsal sur la table radiologique, pas de palpation manuelle. La bouillie barytée, de consistance légère, de quantité réduite d'ailleurs au strict nécessaire, ne pourrait avoir une action néfaste : au contraire, la baryte, poudre inerte et alcaline, constituerait un « excellent plâtrage » de la muqueuse et aurait plutôt un effet hémostatique. Son inutilité se base sur l'argumentation suivante : comblement par des caillots du cratère avec suppression de l'œdème péri-ulcéreux contribuant à rendre la niche radiologiquement invisible ou accumulation de sang coagulé réalisant des images pseudo-lacunaires d'interprétation difficile, voire dangereuse. Tous ces arguments de caractère plus pathogénique que anatomique ou radiologique sont, en réalité, loin d'être prouvés. En fait, les résultats positifs dans une proportion de 80 à 90 % des cas pour les auteurs étrangers et 14 fois sur 16 en ce qui concerne l'expérience personnelle du promoteur en France de cet examen, sa grande sécurité soulignée par ces mêmes auteurs qui n'ont eu à déplorer aucun accident, s'accordent pour démontrer son utilité et sa valeur. Son intérêt réside principalement dans la mise en évidence d'un ulcère, soupçonné ou non, cliniquement. Il peut aussi découvrir un cancer de l'estomac, une réserve étant à faire vis-à-vis de certaines images avec une grosse lacune « trop belle pour être vraie », tel ce cas publié par les Professeurs J. Monges et Vague où le cliché, pris en période hémorragique, montrait une fausse amputation du pylore par gastroplégie. Il peut montrer une hernie diaphragmatique de l'estomac, déceler de gros-

ses varices œsophagiennes, les images en couche mince pouvant même objectiver des varices plus petites et moins évidentes (Benhamou). Il peut encore dépister une tumeur bénigne, plus ou moins pédiculée, de la muqueuse gastro-duodénale. Au cours d'une hémorragie digestive grave, la « radiographie d'urgence » apparaît donc fort précieuse ; « il est logique de s'en servir chaque fois que le diagnostic ne peut être fait par les moyens cliniques ordinaires » (d'Allaines). Cependant, malgré les perfectionnements de sa technique, la radiologie ne peut rendre compte de certaines lésions hémorragiques visibles qu'à un examen endoscopique.

L'endoscopie a, en effet, l'avantage d'explorer directement la muqueuse et de pouvoir reconnaître, à son niveau, une lésion cliniquement et radiologiquement indécelable. L'œsophagoscopie, à la recherche de petites varices œsophagiennes, conséquence d'une hypertension portale, peut montrer un tapis variqueux qui, du point de vue radiologique, ne donne que des images d'interprétation difficile ; son intérêt étant encore « d'offrir une quasi-certitude dans les cas négatifs » (Cachera). La gastroscopie peut laisser voir une ulcération plate, type *exculceratio simplex* de Dieulafoy, sans image radiologique définie ; elle est encore « le seul examen qui permet d'assurer sans conteste le diagnostic, s'il s'agit de gastrite » (Dupuy et Paolaggi). Toutefois, ces examens, quoique pratiqués avec une grande habileté, beaucoup de douceur et une certaine prudence, restent fatigants et légèrement traumatisants ; aussi, sont-ils loin de s'avérer sans risques chez des sujets dont l'état général est déjà grave. De plus, le saignement gêne considérablement l'exploration de la muqueuse, compromettant plus ou moins le résultat. En définitive, de réalisation délicate, de conséquence dangereuse, de résultat aléatoire, l'endoscopie d'urgence, en dépit d'une certaine utilité diagnostique, dans un rôle de complément, voire de suppléance à la radiologie d'urgence, n'a qu'une valeur relativement faible ; elle demeure « un moyen d'exploration d'exception » (d'Allaines).

Les examens biologiques ne présentent dans ce syndrome qu'une utilité relative au point de vue diagnostic. La cholestérolémie, les réactions de Mac Lagan, de Hanger ou de Gros, la cholémie ou la cholalémie, le taux de prothrombine, ajoutés au test de tolérance à l'héparine *in vitro* capable de « détecter des hypocoagulabilités notables » (Cachera) permettent l'exploration fonctionnelle du foie et peuvent rendre compte d'une insuffisance hépatique. Le test à la bromosulfophtaléine (B.S.P.) est pratiqué systématiquement par certains auteurs américains, dans le but de dépister ou d'exclure une affection hépatique (Zamcheck, Chalmers, Ritvo, Osborne). La numération des plaquettes, leur nombre étant assez sensiblement diminué, à condition que l'examen soit répété, peut faire suspecter l'origine splénique de l'hémorragie (Tzanck et Arnous). Ces examens offrent, sans doute, l'avantage de compléter et de parfaire, dans certains cas, un tableau clinique déjà évocateur ; mais en l'absence de tout symptôme hépatique ou splénique, ils sont en général négatifs. Même positifs, ils ne sauraient suffire à eux seuls à faire la preuve étiologique de l'hématémèse ; ils ne gardent donc dans ce dernier cas, en l'absence de toute autre cause évidente, qu'une valeur diagnostique de suspicion en faveur de cette origine hépato-splénique.

Les examens biopsiques, de pratique plus exceptionnelle, paraissent plutôt un moyen d'exploration secondaire permettant, dans quelques cas, de préciser la nature de l'affection en cause : telle une ponction biopsique sur un foie déjà reconnu anormal. Leurs résultats, tout autant que ceux des examens biologiques, sont d'ailleurs assez variables : « il est très significatif de noter que toute altération des tests biologiques peut faire défaut, de même que toute lésion anatomique sur la biopsie hépatique, lors des premières hémorragies digestives » (Cachera).

Dans ce syndrome, les éléments cliniques et paracliniques du diagnostic causal se montrent donc de valeur assez inégale. La clinique, malgré son insuffisance, garde ses droits dans l'orientation des recherches. La radiographie d'urgence, praticable sous réserve de quelques pré-

cautions, complétée à la rigueur par une exploration endoscopique prudente, peut rendre de grands services. Les examens biologiques, voire biopsiques, peuvent parfaire un tableau clinique imprécis. Tout dépend effectivement des cas : si la cause de l'accident hémorragique se révèle parfois d'emblée ou apparaît dès les premiers examens complémentaires, trop souvent, en dépit de l'accumulation, de la répétition, de la minutie des investigations, l'hémorragie ne fait pas sa preuve et garde tout son mystère.

Conduite à tenir

Lorsqu'une grande hémorragie gastro-duodénale a été soumise à la critique de la clinique et des examens para-cliniques immédiatement réalisables, deux éventualités qui vont avoir une incidence sur la ligne de conduite, demeurent : le diagnostic étiologique est connu, certain ou il reste incertain, voire inconnu.

— Cas où le diagnostic est connu.

Dans les cas où le diagnostic est avéré, le problème paraît simple : « la nature de la cause conditionnant le traitement ». Il faut encore tenir compte de l'état général du malade et mettre en balance les risques d'une thérapeutique trop hardie avec le danger d'une attitude trop prudente. Ainsi pour certaines causes, que nous envisagerons plus particulièrement, s'affrontent plus ou moins les deux conduites : chirurgicale et médicale. Nous tâcherons de préciser, en règle générale, le choix de l'indication.

L'hémorragie digestive grave par ulcère est, pour nombre d'auteurs, d'ordre chirurgical. Certains préconisent l'intervention systématique, tel FINSTERER qui opère d'urgence à la moindre notion d'antécédents ulcéreux. Toutefois, la plupart gardent quelques réserves et préfèrent s'abstenir ou temporiser pour certaines variétés d'ulcères : ulcère duodénal, ulcère peptique, ulcère récent.

En définitive, de l'aveu de ces mêmes auteurs, sont vraiment du domaine de la chirurgie d'urgence : l'ulcère calleux, quel que soit son siège, et l'ulcère gastrique de la petite courbure ou du pylore. L'ulcère calleux s'avère angio-térébrant, le fait est établi, mais l'hémostase spontanée, nous l'avons vu, quoique difficile, est possible ; quant à l'ulcère gastrique, la valeur hémostatique incontestable de la gastrectomie, « intervention facile, bénigne, sous anesthésie générale et réanimation per-opératoire » (Dubost), semble encourager la décision. Ne serait-il pourtant pas préférable, même dans ces cas, avant d'exposer un sujet fragilisé par une abondante hémorragie, au choc opératoire, de recourir, tout d'abord, à un essai de traitement médical ? Il paraîtrait, en effet, plus logique de n'envisager formellement l'opération qu'après échec de cette thérapeutique, la persistance de l'hématémèse dans les 24 ou 36 heures qui suivent faisant alors courir au malade un danger très grand que la gastrectomie peut encore éviter. Les risques de l'intervention, grâce à la transfusion ou mieux la perfusion pré, per et post-opératoire, ne sont pas sensiblement augmentés après ce délai. Parmi les observations relatées plus loin, trois cas d'ulcère gastrique et un d'ulcère calleux, ayant saigné énormément et jugés dans un état trop grave pour subir une intervention d'urgence, ont vu leur hémorragie se tarir dans les 24 heures ; trois autres cas, dont deux d'ulcère gastrique et un d'ulcère calleux diagnostiqués rétrospectivement, n'ont pas été opérés en crise hémorragique, le diagnostic étant alors d'ailleurs incertain, et ont aussi guéri médicalement de leur hémorragie.

Plus encore, une observation personnelle du Professeur Piéri, d'un intérêt tel que nous n'hésitons pas à la reproduire ici *in extenso*, montre combien la médication hémostatique, dont la transfusion représente un agent thérapeutique de grande valeur, peut être utile et efficace en présence de ces hémorragies abondantes par ulcère. Voici cette observation :

« *Nous sommes appelés subitement auprès d'un malade, âgé de 51 ans, directeur d'un bureau de poste de*

Marseille, pour une hématémèse d'une violence extrême. minimum un litre et demi de sang.

Le malade n'avait auparavant que quelques signes fonctionnels gastriques, mais qui ne le troublaient pas outre-mesure. Il se contentait de quelques alcalins et de suivre un petit régime.

Avec notre confrère le Docteur Sarradon, nous ins*tituons une transfusion de sang conservé que nous passons immédiatement à la seringue et, le lendemain, il reçoit une deuxième transfusion.*

La première radiographie que l'on a pu faire montra un ulcère de la petite courbure. Le malade subit une troisième transfusion quelques jours après.

Tous les signes s'amendèrent. La formule sanguine redevint normale et quelques jours après, nous avions la surprise de constater la disparition des signes fonctionnels et aussi des signes radiologiques.

L'histoire s'est passée il y a plus de dix ans. Notre malade est à la retraite et va tout à fait bien. Il n'a plus eu aucun signe fonctionnel, ni digestif ».

Dans la forme ulcéreuse de ces hématémèses, l'indication thérapeutique est donc loin d'être systématiquement chirurgicale. L'épreuve du traitement médical doit être essayée et peut s'avérer salvatrice. Son échec légitime, sans doute, le recours à la gastrectomie ; mais son succès n'implique pas obligatoirement une intervention secondaire et même si après traitement médical de l'ulcère, elle paraît indispensable, elle le sera à froid, dans de meilleures conditions.

L'hémorragie d'origine spléno-portale dûment diagnostiquée, avec splénomégalie, présence de varices œsophagiennes, pose un problème thérapeutique analogue. Devant le caractère particulièrement abondant de l'hématémèse, ses habituelles récidives, la nature de la cause

offre, en effet, des possibilités chirurgicales tentantes. Laissant de côté certaines opérations illogiques et d'un intérêt palliatif aléatoire, telles les ligatures veineuses ou la gastrectomie totale, il est, par contre, logique de discuter l'opportunité de la splénectomie ou d'une anastomose porto-cave. De réalisation technique difficile, entraînant un choc opératoire important, de telles interventions ne peuvent cependant être pratiquées avec quelques chances de succès, en pleine période hémorragique. Ces hémorragies digestives restent donc, comme l'a souligné le Professeur Cachera, du domaine médical, la splénectomie d'urgence n'ayant pu être réalisée que dans d'exceptionnelles circonstances. Ultérieurement, le malade étant rétabli de son hémorragie, après une exploration clinique et para-clinique complète excluant toute possibilité de maladie sanguine ou affirmant une hypertension portale en dehors de toute cirrhose, dans un souci de prévention des récidives fréquentes de plus en plus sévères de l'hématémèse, le traitement chirurgical de la cause pourra être envisagé. Mais l'intervention n'apporte pas une garantie absolue de guérison définitive : les cas où, à plus ou moins longue échéance, l'hémorragie a récidivé, malgré une splénectomie complétée par une anastomose veineuse de dérivation, ne sont pas exceptionnels. D'autre part, le Professeur Piéri a montré la valeur curative de la radiothérapie sur ces grosses rates, qui ne sont d'ailleurs pas toujours identifiables à un véritable syndrome de Banti.

Les hémorragies dues à une affection hépato-biliaire relèvent du traitement médical. Les cirrhoses, de diagnostic plus fréquent et relativement évident, demeurent secondairement une contre-indication opératoire et si la splénectomie a été proposée à leur stade initial, ces formes encore compensées « ne comportent pas d'indications suffisantes, puisqu'elles peuvent régresser par le seul traitement médical et le régime » (Cachéra). Les cholécystites, de diagnostic plus rare et moins évident, à part leur association possible avec un authentique ulcère, ne constituent pas, à elles seules, une preuve pathogénique suffisante

dans la génèse de l'hématémèse pour justifier une cholécystectomie ultérieure. Si cette intervention a été pratiquée dans quelques cas particuliers, telles ces deux observations d'hémorragie digestive publiées par le Professeur Sénèque, c'est qu'il s'agissait d'une cholécystite gangréneuse ayant simulé le tableau dramatique d'une perforation ulcéreuse dans l'une, d'une vésicule littéralement bourrée de calculs dans l'autre.

Les gastro-duodénites qui saignent abondamment sont de diagnostic plutôt rare et ne posent aucun problème particulier, leur traitement d'urgence comme leur traitement de fond étant d'ordre médical. Si, certaines formes, par la gravité et la récidive de l'hémorragie, ou encore par une manifestation clinique pseudo-ulcéreuse, peuvent pousser à la gastrectomie, l'efficacité de cette intervention semble assez illusoire devant leur caractère hémorragique habituellement diffus. Les lésions de la muqueuse gastro-duodénale étant, d'autre part, loin d'être totalement irréversibles comme dans la classique gastrite atrophique de type éthylique, ces gastrites peuvent avantageusement bénéficier d'une thérapeutique médicale.

Les autres causes d'hémorragie gastro-duodénale grave sont moins fréquentes et de diagnostic exceptionnel mais possible ; telles une tumeur maligne ou bénigne, une hernie diaphragmatique. En réalité, l'indication opératoire ne se pose formellement que pour l'hémorragie par tumeur bénigne, compte tenu que l'intervention sera réalisée avec davantage de sécurité secondairement, si l'hémostase obtenue médicalement permet d'y surseoir. Le cancer gastrique évoluant chez un sujet âgé, déjà très anémié par les saignements occultes de la tumeur, si l'hématémèse n'est pas foudroyante, ne peut être opéré d'urgence et, si elle est réalisable, l'intervention secondaire n'améliorera guère le pronostic. Quant à l'hémorragie par hernie diaphragmatique de l'estomac, des raisons analogues (âge du sujet, anémie habituelle), interdisent

toute manœuvre chirurgicale d'urgence et sont d'un mauvais présage pour sa cure radicale ultérieure.

D'une façon très générale, lorsque le diagnostic d'une grande hémorragie gastro-duodénale est connu, le traitement médical doit essayer d'assurer l'hémostase. Ce n'est qu'après échec de cette thérapeutique que l'intervention en urgence retardée, pourra être envisagée ou secondairement lorsque la cause la réclame. Dans cette éventualité même, le choix du traitement ne saurait donc être soumis à une règle systématique et rigoureuse, dépendant en fait des possibilités de l'hémostase dans chaque cas particulier. Le problème est encore plus délicat en l'absence de toute donnée étiologique pouvant préjuger de cette hémostase et laisser augurer du geste thérapeutique qui lui sera le plus utile.

— Cas où le diagnostic est inconnu.

Quelle conduite faut-il adopter en présence d'une grave hémorragie digestive dont le diagnostic demeure incertain ou totalement inconnu ?

En pareille occurrence, les directives ne pouvant se baser sur la cause, on a vanté l'avantage de la laparotomie exploratrice, complétée au besoin par une gastrotomie, qui permettrait de découvrir un ulcère échappé à l'exploration radiographique ou d'apprécier directement l'état du foie, de la vésicule biliaire et surtout de la rate ou encore de pratiquer certaines manœuvres palliatives telles : tamponnement de la cavité gastrique, ligatures vasculaires. Cette attitude, aussi séduisante soit-elle, comporte un risque opératoire réel qui, en rapport avec l'incertitude du résultat, ne vaut guère la peine d'être couru. Il semble plus raisonnable de soumettre d'emblée l'hémorragie à un traitement médical qui, d'ailleurs, pourra suffire dans bien des cas. Les observations que nous relatons plus loin, montrent l'exemple de neuf malades, rentrant dans cette catégorie (diagnostic inconnu), qui ont guéri de leur hémorragie avec le seul secours du traitement médical.

Dans certains cas, malgré la médicamentation hémostatique, le sujet peut continuer à saigner. Il faut tenir compte dans cette éventualité de l'effet néfaste possible de la transfusion ou de la perfusion. Si elles ont une valeur incontestable de remplacement et même une certaine valeur hémostatique, elles risquent par contre, d'aggraver l'hémorragie en remontant trop rapidement le volume sanguin et la tension artérielle. Deux observations publiées par le Professeur Sénèque illustrent cette remarque : dans l'une, le sujet, après une transfusion de 150 cm3, voit son hémorragie reprendre et malgré une deuxième perfusion de 150 cm3, tombe dans le coma ; dans l'autre, une seule perfusion de 150 cm3 déclenche, chez un malade relativement en bon état, une abondante hématémèse suivie d'un état subcomateux ayant duré plusieurs jours ; dans les deux cas, toute transfusion et perfusion arrêtées, la guérison a finalement été obtenue avec les seuls hémostatiques médicamenteux. Ces faits ne sont pas pour proscrire systématiquement l'utilisation de la transfusion, mais soulignent l'intérêt de la perfusion goutte à goutte qui, avec une plus grande sécurité, permet de passer des quantités suffisantes de sang, sans compromettre ses propriétés hémostatiques. Le sang conservé serait préférable au sang frais : le glucose se transformant en acide lactique aurait une action directe sur les plaquettes sanguines et, pour corollaire, l'arrêt progressif de l'hémorragie (Tzanck et Arnous). Mais si, le traitement médical correctement conduit, l'hémorragie semble ne pas vouloir se tarir, comment juger alors de la gravité de la situation et dans quelle mesure est-il permis de temporiser ou, au contraire, faut-il intervenir sans délai ?

L'importance de l'hémorragie, son évolution possible qui conditionnent le pronostic sont difficilement appréciables à leur juste valeur. Les examens biologiques courants (hématocrite, taux d'hémoglobine, azotémie), la tension artérielle, l'âge du sujet sont des éléments assez peu fidèles de cette appréciation et en général insuffisants. Il faudrait encore, comme l'a souligné à juste titre le Professeur Duval, connaître la tolérance du malade à cette saignée et son pouvoir de régénération sanguine. Le

meilleur critère reste, en réalité, la répétition de l'hématémèse qui prouve, sans conteste, la continuation ou la reprise de l'hémorragie, ajoutée à un certain sens clinique qui juge l'état général du malade : l'ensemble permettant de « ne pas laisser passer l'heure chirurgicale après avoir tout fait pour ne pas opérer » (HILLEMAND). L'opération idéale, au point de vue hémostatique, est la gastro-duodénectomie, et c'est logiquement, en l'absence de cause évidente du saignement, au minimum à la gastrectomie qu'il faudra se résoudre. Cette intervention, chez un sujet qui continue à saigner, reste lourde de conséquences, en dépit des moyens modernes de réanimation-transfusion. C'est en définitive là qu'apparaît tout le dilemme thérapeutique : le pronostic semble compromis si l'on n'intervient pas et si l'on intervient le malade, en anémie aiguë, risque de ne pas supporter le choc opératoire. Les deux attitudes, intervention et abstention, ayant été adoptées, les précédents ne jettent guère de lumière sur cet angoissant problème. Les statistiques rapportent, dans l'ensemble, un pourcentage sensiblement égal d'échecs avec l'une comme avec l'autre conduite. Cette éventualité dans laquelle l'hémorragie persiste, malgré les hémostatiques et la perfusion sanguine, est heureusement rare : la plupart des statistiques s'accordent à donner les chiffres de 6 à 8 % de la totalité des cas.

En somme, une grande hémorragie gastro-duodénale de diagnostic inconnu doit être généralement soumise au traitement médical qui, dans de nombreux cas, pourra assurer l'hémostase. Si l'hémorragie semble vouloir persister, l'état parfois très alarmant du malade n'implique pas forcément un pronostic fatal. Si l'urgence retardée est alors envisagée, elle demandera au minimum une gastrectomie qui, réalisée dans les meilleures conditions opératoires possibles, reste d'une haute gravité chez ces malades.

Observations

C'est à l'obligeance du Docteur F. Luccioni, Chirurgien des Hôpitaux, que nous devons les observations personnelles qui illustrent les considérations développées dans notre travail. Elles relèvent toutes de malades ayant présenté une hémorragie gastro-duodénale grave qui a été traitée en milieu chirurgical. Nous les avons groupées en deux catégories : celles dont le diagnostic était inconnu, celles dont le diagnostic était connu.

— Cas où le diagnostic était inconnu :

Neuf malades rentrent dans cette catégorie, chez aucun d'eux un diagnostic certain n'ayant pu être posé lors de l'accident hémorragique. Ces malades ont bénéficié du traitement médical classique qui a suffi à tarir leur hémorragie. Les suites ont été satisfaisantes, sauf toutefois pour une malade qui, parfaitement guérie de son hémorragie, alors que son état général était remonté, a brusquement fait une néphrite aiguë d'évolution mortelle. Les examens ou interventions ultérieurement pratiqués ont pourtant permis d'identifier six ulcères, dont deux ulcères calleux.

OBSERVATION N° 1 :

M^me^ F..., 58 ans, vomissement de plus de 1.500 grammes de liquide sanglant. Etat de choc important. Aucun antécédent digestif. Taux de globules rouges inférieur à 1.500.000. Traitement médical y compris trois perfusions de 300 grammes de sang en 48 heures. Radiographies deux mois plus tard : ulcère de la face

antérieure du bulbe duodénal. Revue trois ans plus tard : n'a plus présenté d'accident hémorragique.

OBSERVATION N° 2 :

M. B..., 52 ans, après une première hématémèse d'environ un litre, deux nouveaux vomissements de 400 grammes de liquide sanglant. Aucun antécédent pathologique. Etat lipothymique, tension artérielle à 9-5. Melæna persistant pendant 4 jours. Traitement médical et perfusion de 500 grammes de sang frais. Radiographies trois semaines plus tard : aspect légèrement déchiqueté du bulbe sans image de niche. Revu deux ans plus tard : n'a plus saigné, ne souffre pas.

OBSERVATION N° 3 :

M. U..., 64 ans, vomissements sanglants : plus d'un litre et demi. Aucun passé digestif bien caractérisé. Aucun examen radiologique antérieur. Etat de choc intense. Persistance d'un melæna pendant 4 jours. Traitement médical et transfusion de sang frais. Radiographies dix-huit jours après : volumineuse niche de la portion horizontale de la petite courbure dont la rigidité fait suspecter une tumeur maligne. Refuse l'intervention. Revu un an plus tard : état satisfaisant mais persistance de la niche sur les radiographies, ulcère calleux, sans doute.

OBSERVATION N° 4 :

M^me^ B..., 43 ans, hématémèses abondantes : plus d'un litre de liquide sanglant. Se plaint depuis deux mois de troubles digestifs vagues. Etat de choc, taux de globules rouges à 1.100.000, azotémie à 1,20. Melæna pendant 9 jours. Traitement médical et perfusion sanguine. Radiographies un mois plus tard : ulcère du bulbe duodénal vérifié à l'intervention quatre mois plus tard.

OBSERVATION N° 5 :

M^me^ P..., 61 ans, après une première hématémèse très abondante, deux nouvelles hématémèses dans les 6 heures qui suivent. Interrogatoire difficile, la malade étant arménienne, aucun antécédent ne peut être précisé. Etat de choc grave. Melæna persistant pendant une semaine. Traitement médical. Radiographies seize jours plus tard : ulcère calleux du pylore vérifié à la gastrectomie un mois après.

OBSERVATION N° 6 :

M^me^ F..., 51 ans, hématémèses graves. Aucun passé digestif pathologique. Etat de choc important. Traitement médical. Radio-

graphies un mois plus tard : pas de lésion organique décelable.

Présente quatorze mois après un syndrome occlusif : péritonite bacillaire à l'intervention, aucune lésion sur l'estomac, ni sur le duodénum. Guérit de cette localisation bacillaire. L'origine de son hémorragie demeure inconnue.

OBSERVATION N° 7 :

Mme B..., 34 ans, après une hématémèse abondante, trois nouveaux vomissements sanglants d'environ 200 grammes, dans les heures qui suivent. Se plaint depuis deux ans de douleurs épigastriques mal précisées. Aucun examen radiologique antérieur. Etat de choc, tension artérielle à 10-7. Traitement médical. Radiographies : ulcère de la face antérieure du bulbe, vérifié à l'intervention vingt jours plus tard.

OBSERVATION N° 8 :

Mme D..., 62 ans, hématémèses importantes. Se plaint depuis six mois de douleurs épigastriques mais n'a subi aucun examen radiologique. Traitée médicalement. Radiographies vingt-deux jours après : ulcère probable du bulbe. Refuse toute intervention.

Refait cinq mois plus tard une hématémèse très grave suivie de melæna pendant 2 jours. Perfusion de sang frais quotidiennement pendant 4 jours. Reprise de l'état général, mais vingt jours après présente brusquement une oligurie avec azotémie. à 1,42, puis anurie complète et meurt après un coma urémique de 24 heures. Décès par néphrite aiguë.

OBSERVATION N° 9 :

M. S..., 17 ans, hématémèse très importante. Etat très grave pendant 3 jours. Aucune lésion hépato-splénique, aucune crase sanguine apparente. Radiographies un mois après : aucune lésion organique décelable.

Présente trois mois après un nouvel accident hémorragique aussi impressionnant que le premier avec choc intense et taux de globules rouges à 950.000. Les radiographies décèlent alors un diverticule du bord externe de la deuxième portion du duodénum vérifié deux mois plus tard à l'intervention : ce diverticule présentait dans son fond une toute petite ulcération.

Dix ans plus tard, important melæna qui persiste pendant 4 jours, état syncopal, taux de globules rouges à 2.300.000, pas d'hématémèse. De nouvelles radiographies ne montrent aucune lésion. Guérit médicalement.

— Cas où le diagnostic était connu :

Onze malades rentrent dans cette catégorie. L'un d'eux, atteint d'une cirrhose atrophique au stade d'ascite, a fait une hématémèse foudroyante et est mort dans les heures qui ont suivi. Tous les autres, soumis au traitement médical, ont vu leur hémorragie se tarir dans les 24 heures. Toutefois, il convient de signaler dans les suites deux décès. L'un est survenu par hépato-néphrite sept jours après l'accident hémorragique chez un cirrhotique porteur d'un ulcère pylorique. L'autre, survenu dix-huit jours après l'hémorragie digestive, a été la conséquence de la perforation d'un volumineux néoplasme gastrique. Ces trois cas dont l'évolution a été fatale n'aurait pu d'ailleurs bénéficier d'un traitement chirurgical puisqu'il s'agissait de deux cirrhoses et d'un cancer inopérable.

OBSERVATION N° 10 :

M. S..., 52 ans, importante hématémèse de près de deux litres de sang. Opéré, il y a 5 ans, pour ulcère du bulbe (gastro-entérostomie). Melæna pendant 4 jours. Taux de globules rouges à 1.100.000. Traitement médical. Des radiographies pratiquées deux semaines plus tard vérifient le diagnostic d'ulcère peptique.

OBSERVATION N° 11 :

M. L..., 62 ans, hématémèse impressionnante par son abondance. Opéré,il y a 9 ans, pour perforation d'un ulcère du pylore traité par simple suture. Guérit médicalement.

Quatre ans plus tard, nouvelle hématémèse aussi grave que la première. Tension artérielle maximum 7, taux de globules rouges 1.000.000. Traitement médical et transfusion d'un litre de sang.

OBSERVATION N° 12 :

M. B..., 63 ans, hématémèse de près de deux litres de liquide sanglant. Ulcère du pylore depuis dix ans traité médicalement. Etat de choc intense, globules rouges à 2.800.000. Traitement hémostatique habituel. Opéré trois semaines plus tard : il s'agissait d'un ulcère calleux du pylore.

OBSERVATION N° 13 :

M. X..., 39 ans, hématémèses graves. Souffrait depuis quelques mois d'un syndrome ulcéreux diagnostiqué Traitement

médical. Opéré quelques mois plus tard : il s'agissait d'un ulcère du duodénum.

OBSERVATION N° 14 :

M. P..., 71 ans, après avoir vomi plus d'un litre de sang, deux nouveaux vomissements sanglants dans les heures qui suivent. Antécédents cardiaques : a présenté un mois plus tôt un infarctus du myocarde. Etat de choc grave. A l'examen : volumineuse tumeur épigastrique avec trois gros ganglions dans le creux sus-claviculaire gauche, pouls rapide et arythmique. Traitement médical. Dix-huit jours après, brusque perforation du néoplasme gastrique, sans hématémèse. Aspiration, perfusion, mais meurt deux heures après le début de la perforation.

OBSERVATION N° 15 :

M. A..., 42 ans, à la suite d'une première hématémèse grave, vomit encore près de 400 grammes de sang. En traitement depuis deux ans pour un ulcère du bulbe duodénal. Choc de moyenne importance. Traitement médical. Opéré vingt-deux jours après : il s'agissait bien d'un ulcère du bulbe.

OBSERVATION N° 16 :

M. M..., brusque hématémèse de près d'un litre de sang. Opéré dix-huit mois plus tôt par gastrectomie pour ulcère du pylore ; reprise des douleurs depuis douze mois. Récidive de la maladie ulcéreuse. Traitement médical. Opéré un mois plus tard : il s'agissait d'un ulcère du bulbe.

OBSERVATION N° 17 :

M. C..., 77 ans, après une importante hématémèse, trois nouveaux vomissements sanglants dans les six heures qui suivent. Soigné pour un ulcère du pylore et une cirrhose hypertrophique. Tension artérielle à 8-4, globules rouges à 3.200.000, taux d'hémoglobine à 80 %, azotémie à 0,80. Traitement médical. Arrêt de l'hémorragie dès la septième heure. Mais une anurie s'installe à partir du cinquième jour et le malade meurt dans le coma urémique sept jours après.

OBSERVATION N° 18 :

M. A..., 67 ans, hématémèse foudroyante. Antécédents d'éthylisme, a déjà présenté à deux reprises de graves hémorragies digestives. Cirrhose atrophique avec ascite. Presque exsangue, malgré la transfusion, meurt dans les heures suivantes.

OBSERVATION N° 19 :

M. C..., 32 ans, hématémèse de plus d'un demi-litre de liquide sanglant, nouveau vomissement de 300 grammes de sang environ trois heures plus tard. Traité depuis un an pour un ulcère du pylore. Traitement hémostatique habituel. Opéré vingt-quatre jours après : il s'agissait d'un ulcère calleux du pylore.

OBSERVATION N° 20 :

M. G..., 27 ans, hématémèse importante, nouveaux vomissements à deux reprises de 200 grammes de sang environ, dans les heures qui suivent. Traité depuis six mois pour ulcère du bulbe duodénal vérifié radiologiquement. Etat syncopal, globules rouges à 2.600.000. Melæna pendant quatre jours. Traitement médical. Opération vingt-six jours plus tard : il s'agissait bien d'un ulcère du bulbe.

En résumé, sur ces vingt malades ayant présenté un syndrome grave avec hématémèse abondante souvent répétée, état de choc plus ou moins important, un seul est décédé d'une hémorragie foudroyante sans avoir pu bénéficier d'aucune thérapeutique. Il s'agissait, nous l'avons souligné, d'un cirrhotique avec ascite ayant déjà présenté des hématémèses récidivantes. Tous les autres ont guéri médicalement de leur accident hémorragique.

Trois autres décès, survenus par la suite, alors que l'hémorragie était, chez ces malades, tarie et que rien ne pouvait laisser prévoir cette évolution rapidement fatale, ne semblent pas directement liés au syndrome hémorragique ; les causes en sont, en effet, respectivement une néphrite aiguë, une hépato-néphrite et une perforation sans hématémèse d'un cancer de l'estomac. De toute façon, aucun de ces malades ne pouvait logiquement bénéficier d'une intervention même secondaire puisqu'il s'agissait : d'un ulcère du bulbe diagnostiqué rétrospectivement à la radiographie alors qu'il ne saignait plus, d'un ulcère du pylore chez un cirrhotique et d'un cancer de l'estomac inopérable.

Conclusions

— Les grandes hémorragies gastro-duodénales reconnaissent des causes multiples et diverses.

La plus fréquente est sans doute l'ulcère, qui fait saigner la muqueuse en érodant une artère de calibre plus ou moins important ou encore, sous l'influence d'une intense vaso-dilatation réflexe, par simple transudation sanguine à travers les capillaires de cette muqueuse irritée et congestionnée par la lésion.

Même si l'hématémèse est la conséquence d'une plaie vasculaire, l'hémostase spontanée ou médicamenteuse, quoique paraissant plus difficile et plus fragile, reste possible et consolidable.

— En présence de ce syndrome hémorragique grave, la clinique, souvent insuffisante pour préciser le diagnostic causal, doit être complétée par des examens para-cliniques.

Le rôle de la radiographie d'urgence mérite d'être souligné ; cet examen, immédiatement praticable, sous réserve d'une technique appropriée, peut fournir les éléments positifs de ce diagnostic.

— Le traitement d'urgence, en dépit de l'importance et de la gravité de l'hématémèse, ne semble pas chirurgical, l'hémostase pouvant, en fait, être obtenue médicalement dans la plupart des cas. Toutefois, il faut l'envisager dans deux conditions différentes : suivant que l'on possède ou non un diagnostic étiologique.

Dans l'éventualité où ce diagnostic est connu, malgré l'apparence chirurgicale de certaines causes, une grande prudence doit dicter la ligne de conduite et laisser soumettre l'hémorragie à l'épreuve du traitement médical.

Dans l'éventualité où la cause reste inconnue, l'intérêt diagnostique ou palliatif de la laparotomie exploratrice, d'ailleurs de résultat aléatoire, ne saurait suffire à en justifier l'indication. La thérapeutique médicale s'impose, au contraire, et montre bien souvent son efficacité.

Dans quelques rares cas, l'hémorragie peut ne pas céder à un traitement médical bien conduit. Le problème devient alors angoissant, car l'intervention chez de tels malades, particulièrement fragiles, demeure, même avec la technique opératoire moderne, d'une haute gravité.

Lu et approuvé
J. PIÉRI

Vu et approuvé
Le Doyen : G. MORIN

Vu et permis d'imprimer
Aix, le 21 Avril 1955

Le Recteur : J. BLACHE

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMI et FOUQUET. — Les hémorragies gastro-intestinales des cirrhoses du foie. *Nutrition* 1933, 673.

ALLEMAND. — Contribution à l'étude des lésions anatomiques et du traitement chirurgical dans les grandes hémorragies gastriques. Thèse, Lyon, 1933.

ALLENDE. — Aspects étio-pathogéniques de l'hémorragie digestive. *Prensa Méd. Argent.*, sept 1946, 33, N° 37, 1866.

AMELINE et GIBERT. — Hémorragies gastro-duodénales graves d'origine ulcéreuse traitées chirurgicalement. *Presse Méd.*, 13 *janv.* 1945.

AMENDOLA. — Conduite à tenir en présence d'une hémorragie gastro-duodénale massive. *Ann. Surg.*, janv. 1949, 129, N° 1, 47.

ANDRESEN. — Traitement de l'hémorragie gastrique. *New-York State J. Méd.*, 15 mars 1948, 603.

AUBERTIN. — Azotémie après hémorragies digestives. *Soc. Méd. Hôp.* Paris, 1938

AUBERTIN et LAFON. — Coma et hémiplégie curables consécutifs à une hématémèse. *Soc. Méd.*, Paris, 8 avril 1949.

BALFOUR. — La place de la chirurgie dans le traitement des hémorragies gastriques. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 26 déc. 1935.

BARIETY. — Les hématémèses des cirrhotiques par varices œsophagiennes. *Progrès Méd.*, 16 juil. 1938.

BARTELS. — Pronostic et traitement de l'hémorragie massive dans les ulcères gastrique et duodénal. *Acta. Méd. Scand.* 1948, 131.

BECTRUP. — Indication du traitement chirurgical des hémorragies aiguës des ulcères gastro-duodénaux. *Brit. Med. S.*, 7 juillet 1951

BENARD, RAMBERT et LEES. — Hémorragies digestives au cours d'une splénomégalie avec fragilité globulaire. *Paris Méd.*, 13 oct. 1945.

BENETT, DOW, LANDER et WRIGHT. — Hémorragies graves de l'estomac et du duodénum : critère de gravité. Lancet, 17 sept. 1938.

BISCHOP. — Sur le rapport entre l'artériosclérose et l'hématémèse. Compte rendu de quatre cas. Thèse Berlin, 1940.

BLACK. — Hématémèse avec récidives multiples traitées par la transfusion de sang goutte à goutte. Lancet, 18 déc. 1937.

BLANKOFF et DELCOURT. — Hémorragies gastriques et opérations osseuses. *Lyon Chir.*, août-sept 1951.

BODECHTEL. — Vomissements de sang en cas de maladie nerveuse organique. *Deutsch. Archiv. für klinische Wochenschrift*, 6 février 1935.

BOHN. — L'hématémèse : problème chirurgical. *Brit. Med. J.*, 17 sept. 1939.

BOURDE et LAMY. — Gastrorragies splénogènes sans splénomégalies. *Mém. Acad. Chir.*, 3 mai 1939.

BRULE, GILBRIN, VIGUIE et CAMUS. — Hématémèses foudroyantes au cours d'ulcères de la face postérieure de l'estomac. *Acad. Méd.*, 22 mai et 5 juin 1945.

CACHERA. — Etude clinique des hémorragies digestives d'origine hépato-splénique. *Rev. du Praticien*, 1952, N° 28, 1855.

CACHERA. — Traitement des hémorragies digestives d'origine hépato-splénique. *Rev. du Praticien*, 1952, N° 28, 1861.

CAIN. — Le rôle du foie et de la rate dans la production des hémorragies gastriques. *Rev. Critique de Path. et de Thérap.*, mai 1932.

CAIN. — Les hémorragies gastriques par perforation des vaisseaux voisins. *Cahiers Gastro-Entérol.*, nov. 1932.

CAIN et BORNAND. — Le foie et la rate dans la production des hémorragies. *Rev. Critique de Path. et de Thérap.*, mai 1932.

CAIN et CATTAN. — Les hémorragies gastriques et duodénales au cours des affections hépato-spléniques. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 22 nov. 1937.

CARNOT et LAFFITTE. — Hématémèse et hernie diaphragmatique de l'estomac. *Arch. Mal. de l'App. dig.*, février 1938, N° 2, 149.

CARNOT et LAFFITTE. — Hémostase durable par splénectomie dans un syndrome hémorragique grave sans lésion splénique apparente. *Soc. Hématol.*, 5 juin 1935.

CHABROL. — Splénectomie dans la maladie de Banti. *Paris Méd.*, 20 mai 1932.

CHABROL. — Les hématémèses dites essentielles dans leurs relations avec la pathologie spléno-hépatique. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 6 mai 1932.

CHABROL. — Les hématémèses d'origine splénique. *J. du Praticien*, 12 mai 1934.

CHABROL. — Le rôle de la rate dans la génèse des hémorragies cirrhotiques. *Progrès Méd.*, 16 juil. 1938.

CHABROL, MAXIMIN et PORIN. — Un cas d'hématémèse d'origine splénique : heureux résultats de la splénectomie. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 15 janv. 1932.

CHARBONEL et RINGENBACH. — Gastrectomie pour hémorragie grave par ulcus, au cours même d'une transfusion sanguine de deux litres. *J. Méd. Bordeaux*, 1940, N° 14-15, 208.

CHEVALLIER. — Les hémorragies gastriques, étude gastroscopique. *Lyon Méd.*, 3 janvier 1937.

CHOVET. — Traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. Thèse Lyon, 1954.

CHIBRAY et AMY. — De quelques hémorragies gastro-duodénales mal connues. *Presse Méd.*, 9 juil. 1930.

CHRISTOL. — Les grandes thérapeutiques antihémorragiques. *Rev. du Praticien*, 1954, N° 31, 2941.

CINIMITA. — L'hémorragie dite parenchymateuse de l'estomac. *Wiener Klin. Wochlens*, 1932, N° 45.

CLAVEL. — Intervention pour grandes hémorragies gastriques en période d'hémorragie. *Lyon Chir.*, oct. 1945.

CODVELLE et SALY. — Séméiologie et causes des hémorragies gastro-intestinales. *Arch. de Méd. et Pharm. Milit.*, juil. 1930.

CORDIER et LACEZE. — Les gastrorragies de cause inconnue. *Clin. et Lab.*, 20 juin 1935.

COSTELLO. — L'hématémèse massive. *Ann. Surg.*, 1949, N° 3, 289.

COTTALORDA. — Douze cas d'hémorragies gastriques. *Soc. Chir. Marseille*, 1933.

COTTALORDA. — A propos des hémorragies digestives graves. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

CRISMER. — Les hémorragies gastriques provoquées par l'acide acétyl-salicylique. *Acta Clin. Belg.*, 1947, 2, 193.

CUNEO. — Traitement des hémorragies gastro-duodénales. *Soc. Nat. Chir.*, Paris, 25 mai 1932.

D'ALLAINES. — Conduite à tenir en présence d'une hémorragie gastro-duodénale très grave. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

D'ALLAINES, DUBOST, BELLO HERNAN. — Anastomose porto-cave indirecte dans le traitement de l'hypertension portale. *Sem. Hôp.*, Paris, 1950, 26. N° 37, 1747.

DALMAS. — A propos des hémorragies gastro-duodénales ulcéreuses. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

DALY. — Traitement des hématémèses par une solution de thrombine. *Ann. Surg.*, 1949, N° 6, 832.

DAMADE. — Réflexions sur le traitement dans les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Soc. Méd. et Chir.*, Bordeaux, 25 janv. 1930.

DARGENT. — A propos des hémorragies gastriques. Indications opératoires d'extrême urgence de la fistule artérielle diagnostiquée. *Lyon Méd.*, 1946, 51, 385.

DAVIES et WILSON. — Histoire personnelle et clinique de l'hématémèse et de la perforation. Lancet, 30 sept. 1939.

DEBRAY. — Les érosions éphémères de l'estomac. *Progrès Méd.*, 25 juin 1938.

DELANNOY. — La radiologie dans le diagnostic des grandes hématémèses. *Rev. du Praticien*, 1952, N° 28, 1869.

DELANNOY. — Attitude générale devant les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

DELANNOY. — Dépistage des ulcérations plates de l'estomac au cours des hématémèses par l'examen radiographique d'urgence. *Lyon Chir.* 1954, 49, N° 2, 237.

DELARUE et MAISON. — Contribution à l'étude des gastrorragies splénogènes. *Soc. Anat.* 5 juil. 1934.

DELORE et GABRIELLE. — Des gastrites hémorragiques. *Presse Méd.*, 22 mai 1935.

DEMOLE. — Contribution à l'étude de l'origine des hématémèses. Thèse, Paris, 1931.

DENOIX. — Le traitement chirurgical des hématémèses graves. Thèse, Paris, 1941.

DEROT et MASCHAS. — Hématémèses supplémentaires des règles chez une hyperfolliculinique. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 9 mai 1941.

DESJACQUES et COLLONET. — Interventions pour grandes hémorragies gastriques en période d'hémorragie. *Lyon Chir.*, 1945, 40, N° 5, 628

DE TOEUF, CONARD, DURVE et DEMOL. — Bases cliniques et conduite du traitement des hématémèses. *Acta Chir. Belg.*, janv. 1950.

DE VERNEJOUL. — Attitude chirurgicale devant les grandes hémorragiques gastro-duodénales. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

DOR. — A propos du traitement et du diagnostic des grandes hémorragies gastro-duodénales. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

DOUTRE et CABANIE. — De quelques données anatomiques conditionnant la chirurgie de l'hypertension portale. *Presse Méd.*, 16 août 1952.

DUBARRY. — Cancer du corps du pancréas avec phlébites multiples et hématémèses. *Soc. Méd. et Chir.*, Bordeaux, 1er mars 1946.

DUBARRY. — Les hématémèses des brigtiques : à propos de deux observations personnelles. *Gaz. Méd. de France*, 48, N° 3, 61.

DUBARRY et PENE. — Physio-pathologie et étiolofiie des grandes hématémèses. *Rev. du Praticien*, 1952, N° 28, 1829.

DUBOST. — Les grandes hémorragies digestives : conduite à tenir. Thèse, Paris, 1950.

DUBOST. — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. *Rev. du Praticien*, 1952, N° 28, 1845.

DUBOURG, DUBARRY, GAILLARD, CARLES et DELBES. — Adénome brunnerien du bulbe avec accidents d'invagination et hémorragies. *Soc. Nat. de Gastro-Entérol.*, 10 mars 1952.

DUNPHY et HOERR. — Indication de l'interventoîn d'urgence dans l'hémorragie grave de l'ulcère gastrique ou duodénal. *Surgery*, août 1948.

DUPERIE, GRE, DUBARRY et LACHAUD. — Sur les gastrorragies splénogènes. A propos de cinq observations. *Gaz. Hebd. Sciences Méd.*, Bordeaux, 6 et 13 juin 1937.

DUPUY et PAOLAGGI. — Hématémèses cryptogénétiques. *Rev. du Praticien*, 1952, N° 28, 1873.

DURAND. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. Classification et indications opératoires. *Rev. Méd.*, Nancy, 15 avril 1936.

DUVAL. — Indications thérapeutiques dans les hémorragies gastro-duodénales aiguës et d'apparence immédiatement grave. *Soc. de Gastro-Entérol.*, Paris, 13 mars 1939.

DUVAL. — Gastrite érosive hémorragique. Gastrectomie d'urgence. Guérison. *Acad. de Chirurgie*, 4 déc. 1940.

EICHHORN. — Alimentation immédiate dans le traitement de l'ulcère peptique saignant. *Am. J. Méd. Sc.*, mars 1942.

FAROY. — Les lésions de l'estomac dans les hématémèses des cirrhotiques. *Progrès Méd.*, 1938. N° 28.

FIESSINGER, BERGERET, RUTISHAUSER et MESSIMY. — Gastrite métaplasique hémorragique. *Soc. Anat.*, Paris, 2 juil. 1936.

FIGARELLA. — Traitement des hémorragies gastro-duodénales graves de cause ulcéreuse. Thèse, Marseille, 1933.

FILO et SUBIK. — Fibrome exogastrique accompagné d'hémorragies gastro-intestinales. *Acta Méd. Scand.* 1939, N° 1, 34.

FINSTERER. — Le traitement opératoire d'une hémorragie gastrique grave d'origine ulcéreuse. Lancet, 8 août 1936.

FINSTERER. — Indications du traitement opératoire de l'hémorragie gastrique grave aiguë. *Wien. Med. Wsch.*, 19 fév. 1938.

FINSTERER. — Causes rares d'hémorragie gastrique. *Wien. Klin. Wsch.*, 26 fév. 1938.

FINSTERER. — Traitement chirurgical des hémorragies gastriques profuses aiguës. *Surg. Gyn. Obst*, 1939, N° 3, 291.

FOUQUET. — Les hémorragies des cirrhoses du foie. Thèse, Paris, 1933.

FRASER et WEST. — Les traitements des ulcères duodénaux hémorragiques. *Ann. Surg.*, 1949, 129, N° 3, 299.

FRUMUSAN. — Réalisation expérimentale d'hémorragies gastro-duodénales et de lésions hépato-spléniques par injection de substances toxiques au contact du sympathique de la rate. *Le Sang*, 1936, N° 4.

FRUMUSAN. — Etude des relations entre les hémorragies gastriques et le sympathique abdominal. Thèse, Paris, 1936.

GALLARD et MONES. — Contribution à l'étude de certaines gastropathies douloureuses chroniques hémorragiques sans ulcères. *Rev. Méd.* Barcelone, 1936, N° 33.

GAULIER. — Contribution à l'étude des indications thérapeutiques dans les hémorragies digestives d'apparence immédiatement grave. Thèse, Paris, 1941.

GENET. — Contribution à l'étude des hémorragies digestives au cours des syndromes hépato-spléniques. Intérêt de la splénectomie. Thèse, Montpellier, 1942.

GINOUX. — Traitement chirurgical des grandes hémorragies gastriques en période d'hémorragie. Thèse, Lyon, 1945.

GLASER. — Affections gastro-intestinales avec hématémèse et insuffisance hépatique. *Am. J. Méd.*, août 1947.

GORSE. — Les modifications sanguines au cours des syndromes gastriques. *Gaz. Méd. France*, 1936, N° 16.

GOTT, SCHMITH et DORNAN. — Hémorragies aiguës graves de l'estomac et du duodénum. *Ann. Int. Méd.*, 1952, 36, N° 4, 10.001.

GREGOIRE et WEILL. — Hémorragies itératives des splénomégalies opérées. *Le Sang*, 6 juil. 1932.

GUTMANN. — Hémorragie digestive sans autres symptômes. *Gaz. Hôp.*, 3 janv. 1934.

GUTMANN. — Les hémorragies digestives *Concours Méd.*, 17 nov. 1937.

HALBRON et DELARUE. — Splénomégalie prémonitoire d'une thrombophlébite subaiguë du système porte et hémorragies par infarctus de l'estomac. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 24 juin 1938.

HARVIER. — Hématémèses graves. *Rev. du Praticien*, 1952, N° 28, 1827.

HARVIER et MAISON. — Lésions vasculaires de la paroi gastrique dans les hématémèses au cours des splénomégalies. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1934.

HELD et GOLDBLOOM. — Hemorragie gastrique active : diagnostic et traitement. *Rev. Gastro-entérol.*, Déc. 1935.

HEUILLY, LOCHARD et KALCK. — Quelques considérations actuelles sur les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. - *Arch. Mal. App. Dig.* 1951, 40, N° 5, 588.

HILLEMAND. — Maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum. - Traité, Flammarion édit., Paris, 1950.

HINTON et DAVIS. — Traitement de l'hémorragie massive du tractus gastro-intestinal non due à un ulcère. *Surg. Clin. North. Amer.* 1949, 29, N° 2, 317.

HOERR, DUNPHY et GRAY. — La place de la chirurgie dans le traitement d'urgence de l'hémorragie massive du tractus gastro-intestinal. - *Surg. Gyn. Obst.* 1948, 87, N° 3, 338.

IVES. — Quelques problèmes concernant la gastrectomie d'urgence pour hématémèse. Lancet, 8 oct. 1949.

IVES. — Perforation et hématémèse. Lancet, 11 fév. 1950.

JAMES. — Contribution à l'étude des hémorragies digestives révélatrices des cirrhoses. Thèse, Paris, 1938.

JEANNENEY. — Hémorragies gastriques graves. *Soc. Chir. Bordeaux*, 9 fév. 1933.

JEANNENEY et TINGAUD. — Hématémèses graves : gastrectomie, splénectomie, guérison. *Bordeaux Chir.*, janv.-avril 1944.

KALCK. — Les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. Thèse, Nancy, 1950.

LAMOTTE. — Traitement des hémorragies digestives profondes. *E.M.C. Thérap.*, 3, 25, 380.

LAMY. — Contribution à l'étude des hématémèses splénogènes pré-splénomégaliques. Thèse, Marseille, 1939.

LANDAU. — Anémie splénique et gastrorragies. *Presse Méd.* 1934, N° 22, 17.

LEGER et QUENU. — Les thromboses veineuses du système porte. *Presse Méd.*, 9 juil. 1952.

LOEPER. — Hypersplénie hémorragique. *Acad. Méd.*, 18 mars 1947.

LOEPER et NETTER. — Les gastrorragies des hépatiques. *Arch. Mal. App. Dig.*, déc. 1937.

LUCCIONI. — Attitude chirurgicale dans les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

LUQUET. — Complexité du diagnostic dans les hémorragies gastro-duodénales. *Soc. Méd. Hôp*, Paris, 14 juin 1935.

MAGNANT. — Hématémèses graves d'origine splénique : splénectomie, guérison. *Acad. Chir.*, avril 1948.

MAISON. — Les hémorragies digestives au cours des splénomégalies dites primitives. Thèse, Paris, 1934.

MARTIN. — Les hématémèses d'origine pancréatique. Thèse, Paris, 1934.

MAYE, GOUGENHEIM et SAMET. — Exulceratio simplex. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 2 mars 1934.

MEEROFF. — Hémorragie digestives. *Prensa Med. Argent.*, 18 nov. 1949.

MEULENGRACHT. — Traitement de l'hématémèse et du melæna par les aliments. Lancet, 30 nov. 1935.

MICHAUD et GLATZ. — Hémorragies gastriques par hypothrombinémie. *Schweitz. Med. Wschr.*, avril 1945.

MOIROUD. — Petit ulcère gastrique récent. Hématémèse mortelle. *Soc. Chir. Marseille*, 1932.

MOIROUD et LAMY. — Les hémorragies gastro-duodénales. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

MONGES H. — Etude pathogénique de la dilatation aiguë de l'estomac. *Marseille Méd.* 1950, N° 7, 345.

MONGES H. et FACONI. — A propos des séquelles graves de la gastrectomie pour ulcère. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1953, 42, 1.

MONGES J. — Gastorragie chez un sujet atteint de dolicho-côlon avec aérocolie et volvulus gastrique. *Soc. Méd. Marseille*, 9 déc. 1931.

MONGES J. et VAGUE. — Gastrorragie isolée. Image d'amputation du pylore par gastroplégie. *Marseille Méd.* 1943, N° 12, 558.

MORAN. — Hémorragies gastriques. Problème de diagnostic et de traitement. *Traité. Paz Montalvo édit.*, Madrid, 1952.

MOUTIER. — Les gastrites sous le contrôle de la gastroscopie *Presse Méd.*, 18 nov. 1933.

NOBILI. — Les grandes entérorragies des tuberculoses pulmonaires. Rôle du système neuro-végétatif. Thèse, Paris, 1942

NUBOER. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

OLGIVIE, GARDOE et BENTLEY. — Traitement des hémorragies graves des ulcères gastro-duodénaux. *Brit. Med. J.*, 9 août 1952.

OPPENHEIM, PACK, ABELS et RHOADS. — Estimation et signification de la perte de sang au cours de la chirurgie gastro-intestinale. *Ann. Surg.* 1944, N° 6, 865.

PAO-Y-HSU. — Contribution à l'étude de la gastrite hémorragique et de son traitement chirurgical. Thèse, Lyon, 1935.

PAPIN et WILMOTH. — Le traitement chirurgical des grandes hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse. *Congrès Français de Chir.*, 1933.

PAPPWORTH et LOUTIT. — Hémorragie gastro-duodénale traitée par transfusion de sang. Lancet, 16 oct. 1943.

PATEL et DESJACQUES. — Ulcère de l'estomac avec hémorragie mortelle. *Lyon Chir.* 1933, 36, 449.

PAVLOSKY et JOLY. — Traitement chirurgical de l'hémorragie grave pour ulcère gastro-duodénal. *Prensa Med. Argent.*, 1950, N° 5, 217.

PICARD, OBRY et AVRIL. — Gastrectomie d'urgence pour hématémèses graves à répétition. *Lille Chir.* 1947, N° 11, 266.

PICARD, CHARBONNEL et GIRAUDET. — Les hémorragies et les ulcérations gastriques par lésion de l'axe cérébro-spinal. *Arch. Mal. App. Dig.*, juillet-août 1948.

PIERI. — Splénomégalie avec agranulocytose. *Soc. Méd. Hôp.* Paris, 18 nov. 1949.

PIERI. — Le syndrome de splénomégalie neutropénique. *Presse Méd.* 1952, N° 12, 239.

PIERI. — A propos des cirrhoses pigmentaires. *Soc. Méd. Hôp.* Paris, 20 mai 1950.

PIERI et BENOIT. — Splénomégalie volumineuse avec anémie traitée avec succès par la radiothérapie. *Com. Méd. des B.-du-Rh.*, 15 déc. 1944.

PIERRA. — Gastrectomie d'urgence pour gastrorragie profuse. Guérison sans incident. *Acad. Méd. et Chir.* 1943, 69, N° 11-12, 159.

POURSINES. — Constatations anatomiques dans deux cas mortels d'hémorragie gastrique ulcéreuse. *Rev. Méd. Beyrouth*, 1938.

RAYAULT. — Syndrome d'irritation pyramidale bilatérale à la suite d'une hématémèse importante. *Lyon Méd.* 1946, N° 24, 381.

REILLY, RIVALLIER, COMPAGNON et FRIEDMANN. — Le rôle du système nerveux dans les réactions d'hypersensibilité. *Ann. Méd.* 1936, 39, 164.

RENAUD. — Grande hémorragie gastrique sans effraction de la muqueuse. *Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 5 mars 1934.

ROGERS. — Traitement de l'hémorragie gastrique par thrombine locale. *J.A.M.A.*, 17 juil. 1948.

ROGERY. — Des accidents nerveux post-hémorragiques : un cas de coma après hématémèse. Thèse, Paris, 1940.

ROSETT et STEPHENSON. — Le traitement de l'hémorragie gastro-intestinale. *Rev. of Gastroentérol.* 1952, 19, N° 5, 379.

ROUX. — Constatations opératoires dans un cas de gastrorragie par hypertension portale. *Soc. Chir. Marseille*, 24 avril 1953.

SAMAIN. — A propos des hémorragies gastro-duodénales. *Acta Chir. Belg.* 1950, 49, N° 3, 345.

SANDUSKY et MAYO. — Le traitement de l'hémorragie grave provenant d'ulcère gastrique, duodénal et jéjunal. *Int. Surg. Dig.* 1949, 47, N° 5, 274.

SANTY et MARION. — Hémorragies digestives traitées par splénectomie et anastomose spléno-rénale. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1951, 40, 929.

SAUVAGE. — Hémorragies gastriques graves d'origine splénique. Splénectomie. Guérison. *Acad. Chir.* 1942, 68, N° 32-33, 464.

SCHWETZ. — Contribution au melæna et à l'hématémèse en tant que maladie symptomatique. *Wien. Klin. Wschr.* 1949, 61, N° 23, 356.

SENEQUE. — Conduite à tenir en présence d'une grande hémorragie digestive. *Presse Méd.* 1950, 58, N° 28, 499.

SENEQUE et DUBOST. — Indications chirurgicales dans les grandes hémorragies digestives. *Sem. Hôp.*, Paris, 1952, N° 61-62, 2455.

SERRE. — Hyperazotémie après grande hémorragie digestive. *Soc. Gastro-entérol.*, Paris, 1938.

SIGIER. — A propos des indications thérapeutiques des grandes hémorragies gastro-duodénales. *Gaz. Méd. de France.* 15 oct. 1934.

STEWART, SCHAER et MASSOVER. — Conduite à tenir dans les hémorragies massives des ulcères gastro-duodénaux. *Surgery*, août 1948.

STEWART, SCHAER et MASSOVER. — Traitement de l'hémorragie massive de l'ulcère peptique. *Ann. Surg.*, oct. 1948.

STOLTE. — Hémorragies importantes du tube digestif. *Acta Méd. Scand.* 1944, 116, N° 5-6, 577.

TAUREO. — A propos des hémorragies gastro-intestinales d'origine splénique. Thèse, Paris, 1943.

TEMPLIER. — Réflexion sur les gastrites achlorhydriques. A propos de 28 cas personnels dont 8 formes hémorragiques. Thèse, Bordeaux, 1952.

THIELE. — Sur la clinique de l'hémorragie gastrique. *Münsch. Med. Wschr.*, 13 nov 1936.

THOMPSON. — La signification chirurgicale de l'hématémèse et du melæna. *Arch. Surg.*, mai 1948.

TIXIER et CLAVEL. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Traité*, Masson édit., 1933.

TROISIER et BARIETY. — Hématémèse mortelle par exculcération gastrique au cours d'une périviscérite latente. *Arch. Mal. App. Dig.* 1936, N° 5, 596.

TZANCK. — Intolérance gastrique à forme hémorragique. Les hémorragies dites essentielles. *Soc. Méd. Hôp.* Paris, 20 avril 1932.

TZANCK et ARNOUS. — Conduite à tenir en présence des hémorragies gastro-duodénales par ulcère. *Arch. Mal. App. Dig.* 1939, 29, N° 7, 769.

VIGUIE. — Hémorragies gastro-intestinales. *E.M.C., Estomac-Intestin*, 9006.

WARTHIN, WARREN et WISSING. — Traitement médico-chirurgical combiné des hémorragies de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal. *Surg. Dig.* 1949, 48, N° 6, 328.

WEILL et ISCH-WALL. — Les hémorragies ulcéreuses sans lésions extérieures. *Le Sang* 1935, 9, 672.

WEISS. — Les hémorragies gastriques. *J. Belg. Gastro-entérol.* 1937, 5, N° 8, 644.

WELCH. — Quelques données statistiques sur les hémorragies gastro-duodénales. *J.A.M.A.*, 17 déc. 1949.

WYATT et KHOO. — Ulcères de la partie supérieure du tractus gastro-intestinal associés aux lésions aiguës du cerveau. *Arch. of Path.*, Fév. 1949.

WYBAUW. — La gastrectomie dans les cas d'hémorragie grave et rebelle dont l'origine gastrique probable n'est pas vérifiable lors de la laparotomie. - *J. Belg. Gastro-entérol.*, Nov. 1938.

ZAMCHEK, CHALMERS, RITVO et OSBORNE. — Diagnostic précoce des hémorragies gastro-duodénales. *J. A. M. A.*, 16 Février 1952.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires,

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.